

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Beneficiario N°: \_\_\_\_\_ Expediente N°: \_\_\_\_\_

Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción: \_\_\_\_\_

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de inicio de la enfermedad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Criterios del escorial (detalle en hoja aparte):

Forma clínica: \_\_\_\_\_

Cuadro neurológico actual: \_\_\_\_\_

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (ADJUNTAR INFORMES)

	Fecha	Periodicidad
EMG		Según evolución
RMN de columna cervical y lumbo-sacra		Única vez
Videodeglución		Única vez
Espirometría		Cada 6 meses
Escala de valoración funcional (ALSFRS-R)		Ante cada renovación
Hemograma		Única vez
ESD		Única vez
Dosaje vit. B 12		Única vez
Dosaje ác. fólico		Única vez
TSH		Única vez
VDRL		Única vez
Test de B24		Única vez
Proteinograma		Única vez

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL

Droga	Dosis	Droga	Dosis

## FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN \*

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad de envases/ Mes

\* Monodroga:  SI  NO Asociada con: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
LUGAR

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FECHA FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO NEURÓLOGO

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.